

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Степанюк А.А.¹, Завада Н.В.², Степанюк А.Ф.¹

УЗ «Могилевская городская больница СМП», г. Могилев, Беларусь¹

Кафедра неотложной хирургии БелМАПО, г. Минск, Беларусь²

В последние годы с расширением спектра и объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости отмечается неуклонный рост частоты спаечной болезни и ее осложнений. Данная патология может носить прогрессирующий характер и вызывать рецидив заболевания у 8–20% больных. Основным методом лечения острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) до настоящего времени является традиционная открытая лапаротомия с восстановлением проходимости. Данное вмешательство травматично, дает высокий процесс послеоперационных осложнений и рецидивов. Применение при диагностике и лечении ОСКН нового малоинвазивного, высокоинформативного и малотравматичного метода лечения – лапароскопии – позволяет улучшить результаты лечения этой сложной патологии.

Цель исследования. Провести анализ результатов лечения пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили результаты лечения 155 пациентов с ОСКН, оперированных в УЗ «Могилевская городская больница СМП» за период с 2006 по 2010 годы. Статистическая обработка результатов выполнена с применением электронных таблиц «Microsoft Excel 2003» и пакета статистических программ «Statistica» (версия 6.0).

Результаты исследования. Среди пациентов, оперированных по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости, преобладали женщины 93 (60%) человека, мужчин было 62 (40%). Возраст колебался от 16 до 92 лет. Средний возраст пациентов составил $54 \pm 17,9$ года (25–75% = 41–69, min 16, max 92). Все пациенты поступили в УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи» с явлениями кишечной непроходимости в сроки от 1,5 часа до 3 суток. Из них в первые 6 часов обратились – 26 (16,8%), с 6 до 12 часов – 45 (29%), с 12 до 24 часов – 33 (21,3%), свыше 24 часов – 51 (32,9%) человек. Хочется отметить, что выбор хирургического вмешательства и результаты лечения пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью зависели от сроков обращения за медицинской помощью. Так, лапароскопиче-

ский адгезиолизис выполнялся больным, обратившимся за медицинской помощью в первые сутки от начала заболевания. Пациентам, обратившимся позже 24 часов с момента заболевания, выполнялась лапаротомия с адгезиолизисом. У 141 (90,1%) больного в анамнезе имелись оперативные вмешательства на органах брюшной полости, 14 (9%) человек ранее не были оперированы. У 20 (14,2%) пациентов ранее была выполнена лапаротомия с адгезиолизисом. Всем пациентам с подозрением на острую спаечную кишечную непроходимость при поступлении в стационар выполнялась обзорная рентгенография брюшной полости и определение пассажа бария сульфата по кишечнику. Лапаротомия с адгезиолизисом была выполнена 128 (82,6%) пациентам, лапароскопическое разделение спаек – 27 (17,4%). Выбор метода оперативного вмешательства основывался на возрасте пациента (средний возраст пациентов, которым выполнена лапаротомия с адгезиолизисом, составил $56,7 \pm 17,3$ года, лапароскопическое рассечение спаек – $36,4 \pm 14,9$), сроках обращения за медицинской помощью (до 24 часов предпочтение отдавалось малоинвазивному методу лечения), наличии выраженного метеоризма и перитонеальных явлений (выполнялась лапаротомия с адгезиолизисом). У 144 (92,9%) пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью было выполнено рассечение спаек, у 11 (7,1%) пациентов – рассечение спаек с резекцией участка кишки. Релапаротомия в раннем послеоперационном периоде потребовалась 3 (1,94%) пациентам. Причиной явился рецидив спаечной кишечной непроходимости. После лапароскопического адгезиолизиса осложнений не было. Средний срок пребывания пациента после лапароскопического рассечения спаек составил 6,2 дня (25–75% процентиля = 5–8 min – 2, max – 9), после лапаротомии с адгезиолизисом – 11,8 дня (25–75% процентиля = 10–12, min – 6, max – 44). Послеоперационная летальность пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью после лапаротомии с адгезиолизисом составила 3 (1,9%) больных. После лапароскопического адгезиолизиса послеоперационная летальность равнялась нулю.

Выводы. Таким образом, использование лапароскопического адгезиолизиса в лечении пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью позволяет сократить сроки пребывания пациентов в стационаре в среднем до 6,2 дня (после лапаротомии с рассечением спаек – 11,8 дня), а также снизить количество послеоперационных осложнений. Выполнение же лапаротомии с разделением спаек оправдано в тех случаях, когда имеются противопоказания к использованию малоинвазивного метода лечения.